

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N° 561

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Nguyên - van - TAN

Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers (Maine-et-Loire)

Né le 16 Mai 1911, à Tourane (Indochine Française)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

KYSTES DERMOÏDES DE L'OVAIRE

dans leurs rapports avec la Grossesse
en particulier de leur complication

D'ORDRE SUPPURATIF

Président : M. A. COUVELAIRE, Professeur

ANGERS

IMPRIMERIE DU COMMERCE
5, Rue Saint-Maurille, 5

1937

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Nguyên - van - TAN

Ancien Interne des Hôpitaux d'Angers (Maine-et-Loire)

Né le 16 Mai 1911, à Tourane (Indochine Française)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

KYSTES DERMOÏDES DE L'OVAIRE

dans leurs rapports avec la Grossesse
en particulier de leur complication

D'ORDRE SUPPURATIF

Président : M. A. COUVELAIRE, Professeur

ANGERS

IMPRIMERIE DU COMMERCE
5, Rue Saint-Maurille, 5

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	Rouvière.
Physiologie	Rinet Léon.
Physique médicale	Strohl.
Chimie médicale	Polonovski.
Bactériologie	Debré Robert.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	Krumpt.
Pathologie et thérapeutique générale	Baudouin.
Pathologie médicale	Abrami.
Pathologie chirurgicale	Chevassu.
Anatomie pathologique	Roussy.
Histologie	Champy.
Pharmacologie et matière médicale	Tiffeneau.
Thérapeutique	Harvier.
Hygiène et médecine préventive	Tanon.
Médecine légale	Balthazard.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	Laignel-Lavastine.
Pathologie expérimentale et comparée	Pflessinger.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Villaret Maurice.
	Loeper.
Clinique médicale	Carnot.
	Clerc.
	Labbé Marcel.
	Lereboullet.
	Nobécourt.
	H. Claude.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	Gougerot.
Clinique des maladies des enfants.....	Guillain.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en- céphale	Lemierre.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Cunéo.
Clinique des maladies du système nerveux	Gosset.
Clinique des maladies infectieuses	Grégoire.
	Lenormant.
Clinique chirurgicale	Terrien.
	Marion.
	Brindeau.
	Couvelaire.
	Jeannin.
	Mocquot.
	Ombrédanne.
	Rathery.
	Lemaître.
	Duval Pierre.
	Sergent.
	Bezançon.
	Mathieu.
	Laubry.
	Hovelacque.
	Mulon.
	Olivier.
	Verne.
Professeurs sans chaire	



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Amline	Pathologie chirurgicale.
Bariéty	Pathologie médicale.
Bénard (Henri) ..	Pathologie médicale.
Bernard (Etienne).	Pathologie médicale.
Besançon (Justin).	Hydrologie.
Boulin	Pathologie médicale.
Bulliard	Histologie.
Cathala	Pathologie médicale.
Chevallier	Pathologie médicale.
Coste	Pathologie médicale.
Dognon	Physique.
Fey	Urologie.
Funck	Pathologie chirurgicale.
Galliard	Parasitologie.
Gastinel	Bactériologie.
De Gaudart d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.
Gayet	Physiologie.
De Gennes	Pathologie médicale.
Giroud	Histologie.
Hagneneau	Pathologie médicale.
Halphen	Oto-rhino-laryngologie.
Hazard	Pharmacologie.
Huguenin	Anatomie pathologique.
Joannon	Hygiène.
Lacomme	Obstétrique.

MM.

Lantuéjoul	Obstétrique.
Laroche (Guy) ..	Pathologie médicale.
Lelong	Pathologie médicale.
Lemaire	Pathologie expérimentale.
Leveuf	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. Lévy	Pharmacologie.
Lévy-Valensy ...	Neurologie et Psychiatrie.
Ménégaux	Pathologie chirurgicale.
Mollaret	Pathologie médicale.
Moreau	Pathologie médicale.
Moulonguet	Pathologie chirurgicale.
Mouquin	Pathologie médicale.
Oberling	Anatomie pathologique.
Petit-Dutaillis ..	Pathologie chirurgicale.
Piédelièvre	Médecine légale.
Portes	Obstétrique.
Renard	Ophthalmologie.
Richet	Physiologie.
Sannié	Chimie biologique.
Sénèque	Pathologie chirurgicale.
Troisier	Pathologie expérimentale.
Turpin	Pathologie médicale.
Vignes	Obstétrique.
Wilmoth	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

Alglave	Pathologie chirurgicale.
Busquet	Pharmacologie.
Chailley-Bert . .	Physiologie.
Guéniot	Obstétrique.

MM.

Lardennois	Pathologie chirurgicale.
Leroux	Anatomie pathologique.
Neveu-Lemaire ..	Parasitologie.
Philibert	Bactériologie.
Vaudescal	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
Alajouanine	Clinique médicale	Basset	Clinique chirurgicale.
Aubertin		Brocq	
Brulé		Cadenat	
Chabrol		Gatellier	
Chiray		Heitz-Boyer	
Donzelot		Moure	
Duvoir		Quenu	
Lian		Schwartz	
Pasteur - Vallery- Radot		Velter	
Sézary			

MM.	
Ecalle	Clinique obstétricale.
Le Lorier	
Lévy-Solal	
Metzger	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
Chailley-Bert, agrégé	Education physique.
Ledoux-Lebard	Radiologie clinique.
Philibert, agrégé	Microbiologie.
Ruppe	Stomatologie.
Weil-Hallé	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage de mon amour filial
et de ma grande reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE DE S. E. NGUYÈN-HUU-BAI

Ex-Président de la S. E. E. O. (Hué)

AU RÉVÉREND PÈRE LEMASLE

Provicairc Apostolique des Missions Etrangères de Paris à Hué
Supérieur de l'Institut de la Providence (Hué)

A MES FRÈRES ET MES SŒURS

A TOUS MES CAMARADES DE L'INTERNAT

A TOUS MES AMIS

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR GEORGES BRAC

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Médecin de l'Hôtel-Dieu d'Angers

*Auquel nous gardons
une respectueuse admiration.*

A TOUS MES MAITRES

de l'Ecole de Médecine et de l'Hôtel-Dieu d'Angers

AUX DOCTEURS

METZGER, THOUVENIN, MARTIN,
FRUCHAUD, NÉDELEC TESTARD,
DÉNÉCHAU, PEIGNAUX, BIGOT.

*Que chacun trouve ici
sa part de reconnaissance.*

A NOTRE MAITRE, LE DOCTEUR BOQUEL

Professeur de Clinique Obstétricale

Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie d'Angers

*Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse ;*

*En témoignage
de notre reconnaissance.*

A M. LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale
de la Faculté de Médecine de Paris

*Nous le remercions du grand
honneur qu'il nous fait, en
acceptant la présidence de
cette thèse.*

— Contribution à l'Étude —
des
KYSTES DERMOÏDES DE L'OVAIRE
dans leurs rapports avec la Grossesse
en particulier de leur complication
D'ORDRE SUPPURATIF

INTRODUCTION

En dehors de la gestation, les Kystes Dermoïdes sont relativement rares par rapport aux autres variétés de tumeurs ovariennes. Les classiques ont cité 20 %.

Au point de vue qui nous occupe les Kystes Dermoïdes, si rares soient-ils, nous apparaissent constituer, peut-être en raison de leur volume, de leur siège généralement *prævia*, une cause relativement fréquente de dystocie. On a parlé d'un pourcentage de 10 % par rapport aux tumeurs ovariennes observées au cours de la grossesse.

A la Maternité d'Angers, avec les observations qui nous sont communiquées depuis 1917 jusqu'à ce jour, soit en l'espace de vingt ans, représentant environ une dizaine de mille d'accouchements, on a noté 61 kystes ovariens dont 8 kystes dermoïdes de l'ovaire.

Les Kystes Dermoïdes de l'ovaire dans leurs rapports avec la gestation sont donc relativement peu fréquents. Aussi ont-ils été très étudiés. Mais, dans les thèses successives écrites à ce sujet, on a envisagé tour à tour leur nature, leur évolution, leurs complications et leur traitement.

Nous nous proposons de retracer certains points de cette évolution; mais nous insisterons plus particulièrement sur une complication qui nous a le plus frappé et qui semble très peu

signalée : la suppuration des Kystes Dermoïdes, au cours de la grossesse.

Toutefois, l'histoire de la coïncidence des Kystes Dermoïdes avec la grossesse entraîne certains problèmes intéressant la gestation et la bilatéralité des Kystes Dermoïdes. Aussi avons-nous cru devoir revenir sur les données physio-pathologiques des Kystes Dermoïdes dans leurs rapports avec la gestation et y avons-nous consacré un chapitre.

Qu'il nous soit permis de remercier notre maître le Docteur BOQUEL, professeur de clinique obstétricale de l'Hôtel-Dieu d'Angers (Maine-et-Loire) qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, pour l'aide précieuse et efficace qu'il nous a apportée au cours de ce travail. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

HISTORIQUE

La suppuration des Kystes Dermoïdes est évidemment loin d'être une question nouvelle.

En 1896 MANGOLD et BOUILLY, l'année d'après, dans un travail d'ensemble concernant les Kystes suppurés de l'ovaire ont mentionné quelques cas de Kystes Dermoïdes suppurés.

L.-A. KRIWSKY, de Saint-Pétersbourg, vers 1911, publiait dans *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, un cas de suppuration de Kyste Dermoïde de l'ovaire par le bacille typhique. (Obs. VII).

E. JAROCINSKI et W. SZENWIC, de Varsovie — en 1918 — relataient un cas de Kyste Dermoïde suppuré ouvert dans le vagin (obs. V).

BALCU et P. GHEORGHIU, de Bucarest en juin 1936 observaient deux cas de Kystes Dermoïdes suppurés, sur trois cas de Kystes Dermoïdes constatés au cours de 3.200 opérations (obs. VI).

Tout cet ensemble de publications ne traitent jusqu'à présent que de la suppuration des Kystes Dermoïdes de l'ovaire en dehors de la grossesse. Il n'en est pas moins vrai que cette complication peut se manifester de la même façon, en cas de coïncidence avec une grossesse, à n'importe quelle période de son évolution.

De même, de par les nombreuses influences qu'elle contracte avec les Kystes Dermoïdes, la grossesse pourrait dans une certaine mesure y jouer un rôle prédisposant.

En France, Mlle MASLENNIKOFF, dans sa thèse (Montpellier 1930) a signalé un cas de Kystes Dermoïdes de l'ovaire suppuré dans les suites de couches. BOURDIN, en 1927, a relaté une

observation de péritonite longtemps après l'accouchement, secondaire à un Kyste Dermoïde suppuré. Cette observation d'ailleurs est due à l'un de nos maîtres de la Maternité d'Angers; nous la reproduirons plus loin (obs. IV), sous une forme résumée.

Jointe à deux autres cas de suppuration de Kyste Dermoïde observés dans le courant de ces dernières années à la Maternité d'Angers et qui nous sont communiquées, nous pensons utile de les exposer dans un travail d'ensemble, illustré des enseignements que nous avons pu tirer en ce qui concerne leur mode d'infection et leur histoire clinique.

DONNÉES PHYSIO-PATHOLOGIQUES

Les Kystes Dermoïdes de l'ovaire se forment pendant le jeune âge, c'est-à-dire en pleine période d'activité sexuelle. Ils se développent très lentement.

Le fait de leur latence explique qu'on les découvre plutôt chez les femmes mariées que chez la toute jeune fille, au cours d'une affection pelvienne intercurrente ou d'une complication, à l'occasion d'un examen fortuit.

a) Les Fonctions ovariennes

Les premières menstrues chez la jeune fille porteuse de Kyste Dermoïde s'installent à l'âge présumé normal, c'est-à-dire vers 13 à 15 ans. Elles peuvent être normales en quantité ou en durée. Dans notre recueil d'observations, les femmes sont bien réglées, tout au moins avant leur maladie.

On peut rencontrer cependant un certain degré de dysménorrhée ou d'aménorrhée ; mais ces troubles ne constituent pas, comme on pourrait le croire, la généralité, même dans les cas de bilatéralités des Kystes Dermoïdes de l'ovaire.

Bien au contraire, les fonctions menstruelles peuvent être exagérées ainsi qu'en témoignent les nombreux cas de ménorragies ou même de métrorragies illustrés dans la thèse de LE GOFF François (Bordeaux).

Il semble donc qu'à côté des cas classiques où l'aménorrhée constitue un élément diagnostique, il faille individualiser avec DE ROUVILLE (obs. XIV, in Thèse Suzanne LÉVY, Paris) une forme de Kyste Dermoïde de l'ovaire à symptomatologie hémorragique .

b) Kystes Dermoïdes et Fécondation

La présence de Kystes Dermoïdes de l'ovaire implique-t-elle nécessairement la notion de stérilité, puisque les règles s'installent d'une façon quasi-normale ?

Il est un fait que les femmes atteintes de Kystes Dermoïdes procréent moins que les autres. Mais les femmes reconnues stériles ne sont pas toutes porteuses de Kystes Dermoïdes de l'ovaire. Selon OLSHAUSEN, la stérilité dans le premier cas est d'environ 16 %, alors qu'elle est de 10 % dans le second.

Il est possible que les lésions frappent les deux ovaires et détruisent leur parenchyme, d'où stérilité d'origine glandulaire. Mais l'explication n'est plus valable en cas de lésion unilatérale. Malgré le fonctionnement régulier de l'ovaire, la tumeur peut, par son volume ou par son siège, gêner le fonctionnement normal de la trompe et constituer un obstacle à la fécondation. Dans ce cas la partie d'ovaire restante serait siège d'une ovulation déficiente ou défectueuse expliquant cette infécondité.

Les derniers travaux relatifs à cette question semblent montrer que le Kyste Dermoïde ne trouble en rien ni l'ovulation, ni l'évolution de la muqueuse utérine. La fécondation et la nidation de l'œuf restent possibles même en cas de bilatéralité des kystes (VANWERTS, CHALIER CONDAMIN et BÉCOUIN).

c) Rôle du corps jaune

Nul ne conteste actuellement : 1° l'action du corps jaune sur la phase de sécrétion du cycle utérin, comme BORN l'indiqua; 2° son action préparante indispensable à l'implantation ovulaire.

Le corps jaune exerce de plus une action protectrice sur l'ovule fécondé. Celui-ci poursuit son évolution sous une sorte de tutelle indispensable du moins dans ses phases initiales. (FRAENKEL et COHN).

On a discuté la durée de cette activité. SARWEY admettait une durée de 3 mois; Von SPEE, 4 mois. Les travaux expéri-

mentaux de FRAENKEL et COHN ont montré une durée d'environ trois semaines. L'expérimentation dans l'espèce humaine est impossible. L'observation clinique révéla cependant qu'après huit semaines la suppression du corps jaune n'interrompt pas la gestation.

Il nous paraît vraisemblable de considérer cette action protectrice du corps jaune sur l'ovule fécondé comme très fugace dans l'espèce humaine. Le pouvoir histolytique des villosités choriales ovulaires suffirait à assurer dès la huitième semaine, la nidation dans l'endomètre, préparée spécialement par la sécrétion lutéinique (VIGNES).

CONSIDÉRATIONS PATHOGÉNIQUES

Nous remarquons, dans l'étude de nos observations (obs. I et II) et de quelques autres (obs. III et obs. IV) que les accidents inflammatoires entrent plutôt en scène dans les suites de couches.

On peut concevoir beaucoup de facteurs prédisposant à cette infection du Kyste Dermoïde, qu'il soit méconnu ou non, au cours de la grossesse et après l'accouchement.

Le Kyste Dermoïde, outre l'accroissement et le changement de consistance que lui imprime la gestation, contracte avec les organes voisins des adhérences parfois très importantes, agglutinant les anses intestinales, l'épiploon, en un véritable magma d'où il est impossible de le libérer sans risquer des complications désastreuses.

Ces adhérences peuvent être observées même en dehors de toute grossesse et de toute infection. Mais en raison de la fréquence, de la torsion et de la rupture des Kystes Dermoïdes, uni ou bilatéraux, (obs. VII, obs. VIII), on s'imagine aisément que ces accidents, à fortiori pendant la grossesse et surtout après l'accouchement, ne sont pas sans engendrer à chaque poussée une nouvelle formation d'adhérences.

Au moment du travail, les poussées continuelles de la présentation à chaque colique, martèlent et compriment le kyste, gênant sa vascularisation, provoquant une ischémie transitoire, suffisante parfois pour y créer un terrain favorable à la localisation de l'infection.

Enfin la longueur du travail, les interventions intra-utérines, ne sont pas des moindres facteurs prédisposant à l'infection puerpérale.

*
**

Au point de vue bactériologique, quels sont les agents pathogènes les plus fréquemment observés ? Du pus prélevé de la poche suppurante dans nos différentes observations (obs. I, obs. II, obs. IV), aucun germe n'a poussé.

Mais dans d'autres le pneumocoque a été signalé (obs. III) ; le colibacille (obs. V), le streptocoque hémolytique (obs. VI), le bacille d'Eberth (obs. VII) ont poussé dans les cultures.

*
**

Reste la voie d'infection du Kyste Dermoïde de l'ovaire.

L'infection hématogène, au cours de la convalescence d'une infection générale est rare. Néanmoins GHEORCHIU (obs. VI) relate un cas de suppuration localisée dans un Kyste Dermoïde de l'ovaire, au cours d'une septicémie streptococcique. Exception encore doit-être faite, en cas d'infection par le bacille typhique (obs. VII) car rien ne prouve que le bacille d'Eberth arrive au kyste par voie sanguine et non à travers les parois intestinales.

Cette dernière origine paraît être assez fréquente. Pozzi, dans son traité de Gynécologie a déjà attiré l'attention des médecins sur la possibilité des infections générales à point de départ intestinal. On peut ainsi expliquer la présence de colibacille dans l'obs. V et la progression de l'infection par contiguïté du Kyste Dermoïde de l'ovaire adhérent à un foyer d'appendicite ou annexite suppurée.

Dans nos observations (I, II, III) l'origine utérine semble être vraisemblable, sinon certaine, malgré l'absence de tout germe dans le liquide louche retiré des kystes. Nous devons signaler avec V. RICHE, que l'examen bactériologique du liquide kystique, en cas de suppuration évidente, ne donne pas toujours des renseignements sur l'origine de l'infection (Thèse de MASLENNIKOFF, Montpellier 1930).

ETUDE CLINIQUE

Dans l'ensemble un fait constant mérite d'être signalé : l'histoire clinique commence avec la suppuration.

Mais aucune symptomatologie précise ne peut être dégagée de l'étude de nos observations.

Schématiquement :

1° Tantôt les accidents aigus ouvrent la scène peu de temps après l'accouchement et se localisent au petit bassin. Ce sont des poussées de pelvi-péritonite avec douleurs vives, fièvre élevée et signes péritonéaux. Ce tableau alarmant diffère quelque peu par son évolution de celle d'une salpingite aiguë (obs. I). Le repos, la glace et la vaccination obtiennent rarement un refroidissement complet. En dépit de ce traitement, la température persiste plus ou moins élevée, les douleurs incomplètement calmées.

L'examen fait percevoir alors dans le pelvis ou dans la partie inférieure de l'abdomen une masse plus ou moins volumineuse, indépendante de l'utérus. Elle est rénitente et offre au doigt une certaine sensibilité. Elle n'est pas mobilisable, maintenue par les adhérences contractées avec les organes voisins.

Une telle masse, à chaque nouvelle poussée s'accroît et peut même remonter plus haut dans l'abdomen ; ascension paradoxale du foyer de suppuration (obs. I) pouvant faire croire à une résorption spontanée.

2° Tantôt la maladie entre en scène par de véritables signes de péritonite aiguë généralisée avec sa symptomatologie classique : douleur violente, transfixiante au creux épigastrique, signes péritonéaux, contracture de la paroi réalisant le véritable ventre de bois (obs. II).

Il s'agit cliniquement d'une péritonite septique. Le toucher montre un empâtement douloureux, des culs-de-sac. Parfois la masse kystique bombe dans le Douglas et se laisse facilement délimiter.

3° Tantôt enfin l'anamnèse de la maladie montre l'existence d'un long intervalle libre où le début de la suppuration se remarque par son extrême insidiosité.

Il y a très peu de douleurs; l'amaigrissement et l'intoxication d'une suppuration chronique peuvent manquer. La fièvre ne donne lieu qu'à une petite élévation vespérale, aux environs de 38°, qui peut passer inaperçue si la courbe n'est pas établie régulièrement.

La notion de tumeur est des plus imprécises, surtout si sa présence n'est pas reconnue antérieurement.

*
**

En présence de tels troubles, le diagnostic n'est pas facile, si le kyste est méconnu, et si aux accidents aigus du début s'ajoutent des signes pulmonaires ou des signes digestifs (obs. I).

Les accidents de pelvi-péritonite se reconnaissent facilement, mais l'on ne songe pas au kyste infecté. Deux erreurs sont possibles : la première consiste à croire à une salpingite aiguë; elle est de peu d'importance pratique. La seconde se produit dans le cas fréquent où le kyste s'infecte à la suite d'un accouchement. On attribue la fièvre à l'une des variétés habituelles, endo ou péri-utérines, de l'infection puerpérale et l'on reste dans l'expectative alors qu'une intervention est nécessaire.

Parfois l'altération notable de l'état général et les signes pulmonaires (obs. I) prenant le pas sur les données imprécises du toucher vaginal, font pencher le diagnostic vers la possibilité d'une bacillose évolutive ou d'une typho-bacillose. Ici encore l'intervention n'est pas envisagée.

Les signes de péritonite septique, par la soudaineté de son apparition forcent souvent la main du gynécologue (obs. II). Mais à l'ouverture du péritoine le diagnostic reste encore hésitant. On se contente de drainer, remettant à une date ultérieure l'ablation du foyer de suppuration.

Enfin l'extrême insidiosité du Kyste Dermoïde suppuré

amène la malade à se faire examiner tardivement. La tumeur pelvienne est connue, mais le diagnostic de fibrome pédiculé, de torsion kystique semble emporter la faveur du médecin. Le kyste infecté continue son évolution naturelle, se fistulise dans le vagin ou dans le rectum, donnant issue à des éléments ectodermiques qui viennent éclairer le diagnostic.

EVOLUTION et PRONOSTIC

On peut admettre que le Kyste Dermoïde infecté, non diagnostiqué et abandonné à lui-même, finit comme un abcès chaud par se faire jour à l'extérieur.

L'ouverture dans la cavité péritonéale à la faveur d'un traumatisme ou d'une chute (cas de BOUILLY et BURGER) n'est pas exceptionnelle. On assistera à une péritonite mortelle si l'on n'intervient pas.

L'ouverture dans le vagin (obs. V) ou dans le rectum, semble fréquente; ces deux organes en effet ont à souffrir, au même titre que le Kyste Dermoïde prævia, de la descente et de l'expulsion du fœtus.

La fistule ainsi créée naturellement draine le foyer de suppuration à la façon d'une colpotomie; mais ce drainage est toujours insuffisant et on ne saurait y voir un mode possible de guérison (obs. IV).



Le pronostic du Kyste Dermoïde suppuré au moment de la gestation, outre la notion du terrain et du germe, est fonction de la précocité du diagnostic.

Une opération faite en temps opportun fera éviter à la malade, les inconvénients d'une longue suppuration et ses conséquences (obs. IV et I).

Cette crainte légitime, doit inviter le gynécologue à pratiquer l'ovariotomie systématique de tout Kyste Dermoïde ovariën reconnu au cours de la gestation. Ainsi seront évitées les nombreuses et néfastes complications que ce kyste est susceptible d'engendrer et la suppuration en est une, redoutable.

TRAITEMENT

Il apparaît de toute évidence que le diagnostic fait, de Kyste Dermoïde compliquant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, suppuré ou non, entraîne l'ablation pure et simple.

Mais si l'opération au cours de la grossesse et au début de la suppuration apparaît simple, étant aisé de faire l'opération au moment voulu, la question de la suppuration vient singulièrement changer la face des choses.

On sait par exemple, que dans l'hématocèle consécutive d'habitude à la rupture d'une grossesse extra-utérine, la voie abdominale est de règle, mais qu'en cas d'hématocèle suppurée il faut tenter d'abord d'évacuer par colpotomie le liquide purulent et différer l'intervention vraie; sinon on expose la malade à des complications importantes.

L'ablation d'un Kyste Dermoïde suppuré n'est pas sans faire prévoir du côté abdominal de nombreuses difficultés. Les risques de l'opération avec les adhérences possibles, la nécessité de décoller, de décortiquer les parois entraînent des dangers considérables et le drainage, même bien fait, n'est pas certain de mettre la malade à l'abri des complications.

Aussi peut-il arriver que dans ces cas de suppuration, il faille tout d'abord dans un premier temps évacuer le pus et dans un second temps procéder à l'ablation du foyer purulent. Il faut également reconnaître que malgré un examen minutieux, c'est l'évacuation de la collection suppurée qui a mis sur la voie d'un diagnostic jusque là hésitant.

En revenant sur quelques-unes de nos observations, il importe de signaler que :

1° Chez une malade l'évacuation d'une collection suppurée, ayant donné issue à une mèche de cheveux fit poser le diagnostic (obs. I). L'ablation de la poche kystique fut décidée dès que le refroidissement eût lieu;

2° Dans d'autres observations (obs. III) et l'une des nôtres (obs. II) l'apparition d'une péritonite généralisée a nécessité une laparotomie. Plutôt que de rechercher le kyste au milieu des anses intestinales, et dans le but de laisser guérir la péritonite sans léser les adhérences ni entraîner des dangers immédiats, un drainage permet d'attendre et d'opérer ultérieurement pour extirper le kyste.

Il semble que ces considérations réclament une conduite éclectique et prudente en une matière aussi délicate. Et que s'inspirant des cas particuliers, il convient soit :

a) d'intervenir directement;

b) De procéder d'abord à l'évacuation de la collection purulente et dans un autre temps procéder à l'ablation du Kyste Dermoïde suppuré.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Kyste dermoïde méconnu ne compliquant pas l'accouchement, mais donnant lieu dans le post-partum à une suppuration. Diagnostic longtemps hésitant ne devenant certain que par l'expulsion d'une mèche de cheveux, par l'orifice de colpotomie.)

Suzanne Aigron, 16 ans, primipare, entre le 14 avril 31 à la Maternité de l'Hôtel-Dieu d'Angers, pour début de travail.

Rien de particulier dans ses antécédents : une mère à l'asile d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire ; une sœur arriérée, employée dans une ferme de l'Hôtel-Dieu ; elle-même a toujours été bien portante. Absence totale, semble-t-il, de tuberculose dans ces antécédents.

Présentation du sommet. — Le 15 avril 1931, accouchement rapide et sans douleurs. Suites de couches marquées par une certaine irrégularité de température le 4^e et le 7^e jour après l'accouchement. Le 12^e jour (27 avril 31) lymphangite du sein, avec 38°. Le 13^e jour passe à l'ouvroir (maison de convalescence) où elle reste 9 jours.

Histoire de Maladie. — Le 6 mai 1931, la malade revient à la Maternité. Elle raconte que depuis le 5 mai, elle souffre d'une douleur dans le bas-ventre avec vomissements et diarrhée dans la nuit. Temp. à 39°.

L'examen fait alors montre des douleurs imprécises. Au toucher vaginal, dans le Douglas, une masse indépendante de l'utérus, un peu douloureuse. L'auscultation de l'appareil pulmonaire, râles de bronchite et râles sous-crépitaux.

Dans les jours qui suivent, continuation des symptômes abdominaux et des symptômes pulmonaires. La température descend vers le 3^e jour et semble revenir à la normale. L'état général s'améliore.

Cependant le 16 mai la température s'élève à nouveau et oscille entre 38° et 39°. La masse persiste toujours et tend à bomber dans le Douglas ; elle envahit, le 26 mai 31, le cul-de-sac droit et la partie antérieure ; elle est plus douloureuse. La toux continue, les râles sont encore entendus en avant et à droite.

En juin 31, l'état reste le même ; mais paraît toujours grave avec état général médiocre, la malade vomissant toujours par moments.

En juillet 31, les oscillations thermiques diminuent d'amplitude ; la malade ne vomit plus. Elle prend du poids et la masse diminue. Elle commence à se lever à la date du 26 juillet. On ne sent plus de masse dans le cul-de-sac, l'utérus qui est délimité à un col déjeté à gauche ; il paraît poussé sur son bord droit.

Pendant toute la période de maladie, les vomissements ont paru intermittents, les selles ont été obtenues facilement, la quantité d'urines avec des variations est restée satisfaisante. C'est la toux qui a dominé la scène.

L'enfant qu'elle avait commencé à nourrir, avait été mis à l'allaitement artificiel et placé. Après cette période, vers la mi-août, elle va à l'« Ouvroir » avec son enfant.

Elle revient le 3 janvier 1932 à la Maternité, en raison de l'apparition de crises douloureuses persistantes, sans coliques véritables, ni irradiations, s'accompagnant d'oscillations thermiques importantes : 37°, 39°, 38°5, 38° et 40°.

A l'examen on trouve : une certaine défense de la paroi, dans le cul-de-sac droit une masse saillante douloureuse indépendante de l'utérus. Une complication annexielle paraît probable ; repos, glace sur le ventre.

Les crises s'espacent. Les vomissements diminuent ; une douleur persiste à droite avec continuation des oscillations thermiques et altération de l'état général. Le diagnostic de suppuration apparaît évident, sans qu'il soit possible de déterminer la cause : on pense toujours à une lésion bacillaire.

Une ponction amène un pus verdâtre très lié qui est envoyé au laboratoire. Après deux jours d'accalmie ont fait une colpotomie donnant issu à du pus. Il s'est constitué par la suite une fistule, dans laquelle quelques temps après paraît s'engager une masse, qui expulsée se montre formée d'une mèche de cheveux.

Le diagnostic de Kyste Dermoïde étant devenu évident on pratique une laparotomie, dès que les phénomènes purulents sont amenés et l'état général, vraiment très médiocre, redevenu à peu près satisfaisant.

La masse adhérente est détachée non sans peine, avec une rupture d'une partie contenant un liquide sanglant noirâtre et odorant. L'ablation du kyste parachevée on est en présence de dents implantées sur un morceau de maxillaire. Un Mikulicz est mis en place et enlevé au bout de quelques jours. L'état apparaît satisfaisant.

Le pus s'écoule par la plaie et par le vagin.

Trois semaines après l'opération, la malade, dont la plaie est complètement cicatrisée, commence à se lever et continue à aller très bien.

OBSERVATION II

(Kyste Dermoïde, diagnostiqué au cours du travail mais non extirpé. Suppuration dans les suites de couches.)

Henriette Ménard, 32 ans, IV pare, à terme, entre à la Maternité d'Angers pour lenteur du travail.

Deuxième grossesse à 25 ans, un garçon bien portant, élevé au sein.

Deuxième grossesse, une fausse-couche de 2 mois.

Troisième grossesse à 28 ans, une fille bien portante.

La quatrième grossesse. — Le travail commence le 7 octobre 28. Rupture de poche des eaux le 8. L'accouchement n'avancant pas, le médecin traitant, après une prise de forceps vaine, l'adresse à la Maternité d'Angers, le 9 octobre.

A l'examen, dilatation d'une paume de main, col déchiré à gauche. Sommet en O. I. D. P. Enfant vivant. L'exploration de l'excavation montre une masse du volume d'une orange faisant obstacle à la descente de l'enfant.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire proevia.

On ponctionne le kyste. Il s'est écoulé un liquide d'aspect purulent, que le laboratoire dit ne contenant pas de germe et dont l'examen direct au microscope montre qu'il s'agit d'une substance grasseuse aseptique provenant vraisemblablement d'un kyste dermoïde.

Une colpotomie complémentaire est nécessaire à l'évacuation du contenu kystique. On constate la présence d'une autre masse plus petite qui ne semble pas trop gêner la descente de la tête. Rien dans les antécédents de cette femme ne pouvait faire penser à ces formations !

On extrait ensuite, aux forceps, un bel enfant vivant qui s'élève bien normalement au sein de la mère.

Suites de couches fébriles (38°-39°). Oscillations thermiques progressivement décroissantes. Expulsion de quelques débris, le 17 octobre 28.

La malade part néanmoins chez elle le vingtième jour après son accouchement. Elle perd encore un peu de sang. Son utérus presque revenu à la normale. Le Douglas est encombré par une masse irrégulière. Dans le flanc droit, une masse plus grosse qu'une tête de fœtus semblant être indépendante de l'utérus.

Chez elle, pendant plus de trois semaines, les douleurs abdominales sont continuelles et ont empêché de reprendre ses occupations. Elle présente de plus des pertes sanguinolentes continuelles avec un maximum le 9 novembre.

Elle revient à la Maternité le 20 novembre 28, c'est-à-dire trois semaines après son départ. Elle signale être prise d'une douleur violente au cerux épigastrique, sans irradiations définissables. Vomissements glaireux.

Dans le service, l'examen montre : une douleur abdominale diffuse, ventre de bois, contracture généralisée. Douleur à la palpitation sans maximum fixe et net. Pas de matité déclive. Au toucher vaginal, un Douglas très douloureux, empâté. Utérus normal...

Diagnostic. — Péritonite généralisée.

Le 21 novembre 28. — Intervention. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Du pus lié, jaune, non fétide où nagent des gouttelettes grasseuses, s'échappe en abondance. Intestin et utérus recouverts de fausses membranes. Annexes gauches normaux d'aspect. Salpinx rouge : on le resèque. Un volumineux tractus induré qui lui est parallèle va s'accoler de même à la paroi. Ligature des pédicules utérins très difficiles à cause friabilité des tissus. Mikulicz.

Les suites opératoires sont fébriles mais lentement la fièvre diminue. Infarctus pulmonaire le quinzième jour.

Pendant les mois de janvier et février, une légère oscillation thermique 37°5-38°. Réapparition des règles début mars 1929.

Le 13 mars 1929. — Le palper abdominal révèle la présence d'une masse du volume du poing, probablement un kyste, adhérent à la paroi postérieure ; légèrement mobile, sonore à la percussion ; et situé légèrement à droite de l'ombilic.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire.

Le 13 mars 1929. — Intervention. Laparotomie sur l'ancienne cicatrice. Adhérence du péritoine à la paroi, facilement décollable. Ablation d'une masse kystique nichée entre les anses grêles et le colon droit. La poche crève, mais la cavité péritonéale protégée par des champs. Fermeture de la paroi.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un kyste dermoïde contenant des cheveux noyés dans un liquide vert.

Suites opératoires bonnes.

OBSERVATION III

(Suppuration d'un Kyste Dermoïde dans les suites de couches.)

Observation publiée par M. de LA MARNIÈRE, de Brest, à la Société de Chirurgie (4 novembre 1935)

(Résumée)

Il s'agit d'un accouchement prématuré de 8 mois et quelques jours chez une femme qui, cinq jours après son accouchement, présente de la température, un gonflement abdominal avec épanchement.

Une ponction ramène 10 litres de liquide purulent pneumococcique.

On procède à une laparotomie avec drainage quelques jours plus tard.

Douze jours après, l'examen montre une tuméfaction vaginale fluctuante avec de la température oscillante 38°-38°5. Colpotomie : pus.

Par l'orifice de la colpotomie, issue d'une touffe de cheveux rendant évident le diagnostic.

On procède 2 mois plus tard à l'ablation du kyste.

OBSERVATION IV

D^r GUICHARD, d'Angers

(Accidents de pelvi-péritonite consécutifs à une application de forceps, chez une femme atteinte de Kyste Dermoïde de l'ovaire.)

La tumeur qui n'avait provoqué aucun phénomène fâcheux avait été constatée au cours d'un examen pratiqué à l'occasion d'une grossesse, chez une dame d'une vingtaine d'années.

Sous l'influence de l'accouchement qui a nécessité une application de forceps, le kyste devient le siège de phénomènes inflammatoires qui se compliquèrent d'accidents de pelvipéritonite.

Six mois après survint une nouvelle poussée.

Plus tard, la santé générale paraît se modifier heureusement, lorsqu'à la suite de plusieurs fatigues les accidents réapparurent. Il y eut par le vagin, écoulement d'un liquide purulent brunâtre.

Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, et deux ans environ après l'accouchement, la tumeur fut ponctionnée par le vagin et on retira un litre et demi de liquide. Le liquide du premier litre s'écoula avec la plus grande facilité, celui du deuxième litre plus difficilement; des grumeaux passaient à l'index du verre.

Examiné, il présenta des flocons épais, graisseux, sans aucun produit étranger.

Huit jours après la situation de la malade paraissait tellement sérieuse qu'on se décida pour une opération radicale. Elle fut faite en deux fois, en raison des difficultés qu'on rencontra et de l'état d'épuisement dans lequel était l'opérée à la fin de la première séance.

On retira de la tumeur des amas de graisses, des poils, une longue mèche de cheveux et une partie dure osseuse recouverte d'un tissu dermoïde sur lequel s'implantait des poils et qui présentait en outre les alvéoles dentaires avec deux dents adhérentes.

Le traitement consécutif consista dans une antiseptie très rigoureuse et le drainage de la poche kystique. La suppuration néanmoins se prolongea six mois, mais la guérison fut complète.

OBSERVATION V

(Kyste Dermoïde suppuré s'évacuant dans le vagin. — E. JAROCINSKI et W. SZENWIC, Varsovie.)

Écoulement d'une grande quantité de pus, contenant ébauche de mâchoire et débris de paroi du kyste.

La présence de collibacille est reconnue dans l'examen du pus.

Cette dérivation du pus amène une sédation nette de la température.

Mais la malade est décédée huit jours après.

OBSERVATION VI

(Embryome kystique de l'ovaire gauche suppuré au cours d'une septicémie. — BALCU et GHEORGHIU.)

M^{me} V. P., âgée de 42 ans, ménagère, entre à l'hôpital de Bucarest le 22 octobre 1935, dans le service du D^r T. Nasta, avec le diagnostic de pelvi-péritonite.

Antécédents héréditaires et collatéraux nuls. Au point de vue antécédents personnels, pas de maladie dans l'enfance ; mariée, a eu dix grossesses (quatre avortements spontanés et six accouchements normaux).

Histoire de la maladie. — Depuis de nombreuses années, elle souffre de troubles dysménorrhéiques, mais sans répercussion sur sa santé et auxquels la malade n'a pas accordé grosse importance. Elle signale que trois semaines avant son entrée à l'hôpital, elle a eu un syndrome infectieux étiqueté grippe, caractérisé par une amygdalite, courbature, transpiration, fièvre, asthénie.

Après deux semaines de maladie, elle est prise brusquement d'une douleur poignante dans le pelvis, suivie de frissons, température élevée, transpiration et faiblesse exténuante. Cette crise est calmée les jours suivants par des topiques, purgatifs et lavements chauds.

Sur le conseil de son médecin traitant, elle entre à l'hôpital.

L'examen de la malade a montré qu'il s'agit d'une femme aux téguments et muqueuses pâles, réseaux vasculaires subconjonctivaux. Asthénie accentuée et tachycardie à l'effort. Inappétence, temp. à 38°5, réflexes pupillaires lents, gorge normale, douleur sur le trajet de l'obturateur gauche.

Le ventre est souple et permet de palper facilement les organes intra-abdominaux. Douleur à la pression du foie qui est légèrement augmenté de volume, et dans le petit bassin, léger météorisme abdominal.

Le toucher avec palper abdominal montre l'existence dans le pelvis d'une masse molle, sous tension modérée avec des parois nettes. L'utérus est repoussé en avant en haut et à droite. La tumeur indépendante mais adjacente à l'utérus, elle est douloureuse.

Les autres appareils ne donnent rien de spécial ; quelques crépitations aux deux bases pulmonaires. T. A. 15 juillet. Les urines sont rares, troubles, avec un dépôt ; elles contiennent de l'albumine : 3 grammes par litre, pas colibacille.

Une ponction dans le cul-de-sac postérieur pour distinguer s'il s'agit d'un kyste de l'ovaire ou d'un myome œdémateux ou dégénéré, permet de retirer un liquide huileux, plutôt laiteux, avec des grumeaux en suspension. Examiné au laboratoire, on note absence de tout germe.

Par ailleurs on a pratiqué des examens : B W dans le sang négatif ; urée sanguine 0,34 0/00 ; hémoculture par contre, présence de streptocoque hémolytique. Numération globulaire : 1.700.000 hématies, 14.000 leucocytes avec 82 % de polynucléaires.

Le diagnostic de septicémie streptococcique est porté. Un traitement médical fut institué (glace sur le ventre, toni-cardiaque, urotropine, vaccin Delbet).

Mais la fièvre continue à se maintenir, oscillante 39°6-36°9, indiquant la suppuration. En définitive : septicémie avec suppuration d'une poche juxta-utérine dans le petit bassin avec pévi-péritonite.

Le 4 novembre 36, c'est-à-dire 12 jours après son entrée à l'hôpital, une colpotomie sous anesthésie générale fut faite. A l'incision du liquide huileux s'écoule, quelques poils puis une touffe de cheveux, enfin un liquide gras.

A travers l'orifice de colpotomie fait hernie un sac avec deux

pédicules facilement reconnaissable (pédicule ovarien et pédicule utérin). Ablation, drainage en T et mèche dans le Douglas.

Suites opératoires bonnes. Amélioration nette de l'état général.

Le liquide prélevé contient du streptocoque hémolytique.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'une poche de kyste dermoïde de l'ovaire gauche suppuré contenant des poils, du sebum, des dents et une ébauche de maxillaire.

OBSERVATION VII

(Kystes dermoïdes bilatéraux; le gauche diagnostiqué depuis longtemps suppuré après une typhoïde grave. A l'intervention, on découvre un kyste dermoïde de l'ovaire droit adhérent dans le Douglas non suppuré.)

(L.-A. KRIWSKY).

Une femme de 39 ans, mariée, ayant eu trois grossesses, entre à l'hôpital le 25 novembre 1910, se plaignant de douleurs dans le ventre et de l'existence d'une tumeur du côté gauche qu'elle porte depuis seize ans. La dernière grossesse date de quatre ans. Les règles sont arrêtées depuis début 1910, époque à laquelle la malade eut une fièvre typhoïde grave. Depuis, la tumeur augmente rapidement de volume. Miction et défécation difficiles.

On trouve dans la partie inférieure de l'abdomen une tumeur qui dépasse en haut l'ombilic, indolore, peu mobile, fluctuante. Le col utérin normal est immobile, un peu dévié à droite; le fond utérin se confond avec la tumeur dont on sent le pôle inférieur dans le Douglas. La température ne dépasse pas 37°.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire adhérent.

On décide d'intervenir le 29 novembre 1910. Laparotomie médiane, nombreuses adhérences du kyste avec la paroi abdominale et l'intestin. La tumeur du volume d'une tête d'enfant d'un an. Ponction donnant issue à une grande quantité de pus épais, vert foncé, mêlé de graisse et de cheveux.

C'est un kyste dermoïde de l'ovaire gauche. | | | | |

La tumeur extériorisée; le pédicule est lié et coupé. On s'aperçoit qu'il existe un autre kyste, gros comme le poing, très adhérent dans le Douglas. C'est un kyste dermoïde de l'ovaire droit non suppuré. Ablation, drainage vaginal et suture.

La malade guérit après suppuration. Quitte l'hôpital au cinquante-neuvième jour.

L'examen bactériologique du pus a montré qu'il contenait du bacille d'Eberth à l'état de pureté, agglutinant après repiquages par le serum qui agglutine les cultures du bacille typhique. L'autre kyste est stérile.

OBSERVATION VIII

(Cas de kystes dermoïdes bilatéraux donnant lieu à une torsion du pédicule d'un des kystes. Ablation des deux kystes et de l'appendice, suites normales.)

M^{me} Benoît, 32 ans, II pare, habitant rue Bigot, 7.

Première grossesse : enfant vivant 3 ans.

Deuxième grossesse : vers deux mois et demi de sa grossesse, entre à l'hôpital pour phénomènes abdominaux datant de 48 heures avec vomissements verdâtres.

Le toucher montre l'existence d'un utérus gravide gros et mou, avec, indépendant de lui, une masse prolabée dans le Douglas. L'utérus paraît refoulé à droite par cette masse.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire tordu.

Laparotomie. — L'utérus apparaît manifestement gravide ; en arrière de lui dans le Douglas, un kyste dermoïde gauche non tordu que l'on enlève. A droite, il existe un kyste dermoïde plus volumineux, tordu au niveau de son pédicule (de droite à gauche), siégeant très haut, presque dans le flanc. Ablation.

Des adhérences épiploïques à la paroi droite firent explorer l'appendice qui est extrêmement long et grêle. Appendicectomie.

Refermeture de la paroi en trois plans.

Suites. — Dans la journée et la journée suivante, injection de morphine. Pas de coliques. Miction spontanée au bout de deux à quatre heures.

Etat général excellent, la malade quitte l'hôpital au bout de neuf jours.

La grossesse continue sans incidents. Accouchement normal et rapide le 22 mai 1924.

Pendant que la mère allaite l'enfant, la femme n'a pas revu ses règles, alors qu'au premier accouchement elle les avait eues pendant toute la durée de l'allaitement.

OBSERVATION IX

(Kyste Dermoïde ignoré donnant lieu à un avortement, avec rétentionplacentaire. Laparotomie suivie d'une hystérectomie sub-totale.)

M^{me} Cautin. Troisième pare, sans antécédents, entre le 12 avril 1927 pour métrorragie.

La quatrième grossesse. Dernières règles, fin décembre 1926. Entre une première fois à la Maternité d'Angers pour fausse-couche de trois mois et demi, caractérisée par une perte de sang, signes péritonéaux, douleurs sourdes dans le bas-ventre. Curettage ; mèche intra-utérine ; légère température.

Elle sort du service le 1^{er} avril 1927, améliorée. Chez elle continue à perdre du sang, présente des coliques avec syncope.

Revient à la Maternité le 12 avril 1927. Le toucher montre une masse dans le cul-de-sac droit.

Intervention le 27 avril. — Kyste Dermoïde droit. Utérus paraissant en mauvais état. Hystérectomie sub-totale.

L'examen de la pièce montre un utérus mou contenant des débris placentaires.

Suites opératoires excellentes.

Les 5, 6 et 7 mai, petite élévation thermique avec douleur au niveau de l'arcade crurale droite, sans grandes suites.

OBSERVATION X

(Kyste Dermoïde reconnu au moment du travail. Césarienne et ablation consécutive du Kyste Dermoïde.)

M^{me} Averty, 26 ans (rue de la Roë, N° 7), primipare, à terme entre à la Maternité pour accouchement.

Le toucher montre une masse prolabée dans le Douglas indépendante de l'utérus.

Diagnostic. — Dystocie par kyste de l'ovaire.

Opération césarienne. Ablation consécutive d'un Kyste Dermoïde (cheveux et dents).

Suites opératoires excellentes ; guérison.

OBSERVATION XI

(Kyste Dermoïde gauche reconnu au cours d'une laparotomie par rupture cataclysmique d'une grossesse tubaire du côté gauche.)

M^{me} Galember, secondipare. Première grossesse, accouchement d'un enfant bien portant. Deuxième grossesse, retard règles de deux mois.

Prise brusquement de douleurs abdominales vives. Son médecin traitant en présence de signes d'hémorragie interne pose le diagnostic de rupture tubaire et conseille son transport immédiat à l'Hôpital. Sur le refus de son mari de l'y envoyer, elle n'a pu être transportée à la Maternité d'Angers qu'à six heures après.

On essaie en vain de réchauffer la malade.

Intervention immédiate : le ventre est rempli de caillots et de sang. Rupture de la trompe droite. Ablation, après ligature du pédicule. A gauche, kyste dermoïde de l'ovaire paraissant mal délimité ; connexion avec la lésion du côté opposé. Ablation.

L'utérus gros, distendu est laissé en place. Après assèchement de cavité péritonéale, fermeture de la paroi sans drainage.

Essai vain de transfusion. Tonicardiaques; sérum intra-veineux. La malade se réchauffe un peu; mais le pouls ne reparait pas. Après un moment de lucidité, la malade meurt le lendemain.

OBSERVATION XII

(Kyste Dermoïde sur un ovaire restant, opéré au cinquième mois de la grossesse; conservation d'un fragment d'ovaire, continuation de la gestation. — J. CARLOT et R. CONDAMIN).

Malade opérée la première fois, quatre ans avant pour kyste dermoïde de l'ovaire droit.

Actuellement grossesse de cinq mois avec douleurs. Le toucher montre une masse dans le cul-de-sac gauche.

Diagnostic. — Torsion du kyste de l'ovaire gauche.

Ablation du kyste avec conservation d'un fragment d'ovaire. Continuation de la grossesse. Accouchement normal. Depuis la malade revoit ses règles régulièrement.

OBSERVATION XIII

(Kyste dermoïde reconnu au cours de la gestation. Ablation.)

Joséphine Bellanger, 27 ans, est à sa cinquième grossesse. Depuis sa quatrième grossesse souffre dans le ventre; douleurs d'abord sourdes puis de plus en plus violentes, siégeant au niveau de la fosse iliaque gauche; sans paroxysme.

Rien de particulier dans ses antécédents: sauf deux avortements sur quatre grossesses.

Actuellement, cinquième gestation. — Dernières règles le 18 novembre 1934. La douleur apparue depuis 1933 devient de plus en plus intense et persiste toujours, sans caractères bien précis.

A l'examen, douleur spontanée, localisée dans fosse iliaque gauche. Aucune masse sentie par le palper abdominal.

Au toucher, utérus gros, dans le cul-de-sac latéral gauche on note une légère tuméfaction semblant prolonger une corne utérine, mais indépendante de l'utérus; mobilisable.

Diagnostic. — Fibrome ou kyste de l'ovaire proevia.

Intervention. — Kyste de l'ovaire gauche prolapsé dans le Douglas. Ovariectomie. Suites opératoires excellentes.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un kyste dermoïde avec graisse et cheveux.

OBSERVATION XIV

(in Thèse de Paris 1921, Suzanne LÉVY.)

(Kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires opérés au cours du troisième mois de grossesse. Ablation.)

M^{me} P..., 28 ans, secondipare. Réglée à 13 ans, très régulièrement, ayant eu son premier accouchement il y a dix-sept mois, accouchement et suites de couches normaux; n'a pu allaiter son enfant que peu de temps n'ayant que peu de lait.

Elle passe de temps à autres deux mois sans voir, puis ses règles deviennent très abondantes et très prolongées, dix à quinze jours. Ce régime menstruel se maintient pendant trois ans après lesquels disparaissent des périodes d'aménorrhée et s'accroissent les hémorragies qui se prolongent pendant la presque totalité du mois. Six mois avant que l'on fut appelé auprès d'elle par son médecin, les pertes rouges étaient devenues continues.

A l'examen : utérus débordant la symphyse de deux travers de doigt environ et incliné à droite. Col normal refoulé à gauche. Le tout difficilement mobilisable, sans grandes douleurs.

Le diagnostic de fibro-myome est porté.

A l'intervention, kystes dermoïdes bilatéraux, celui du côté droit inclus dans le ligament large. L'hystérectomie est pratiquée et on trouve un utérus petit, mais absolument normal.

L'ovaire droit est totalement transformé en une poche kystique d'où sort à l'incision une mèche de cheveux noirs, baignant dans une bouillie sébacée abondante.

Il est impossible microscopiquement de déceler à la périphérie du kyste trace de tissu ovarien. L'ovaire gauche, au contraire du précédent, a conservé à sa périphérie une coque épaisse de tissu ovarien, discrètement parsemé de petits kystes et limitant un magma sébacé central où baignent de nombreux cheveux noirs.

Les trompes de volume normal sont congestionnées, un peu tortueuses et parfaitement perméables.

CONCLUSIONS

Si les Kystes Dermoides de l'ovaire ne constituent pas, même en cas de bilatéralité, une incompatibilité avec la fécondation; on doit néanmoins en tenir compte ainsi que de leurs complications.

Leur symptomatologie un peu confuse rend en général difficile le diagnostic du Kyste Dermoidé de l'ovaire. Pourtant il importe de le réaliser pour éviter, par une opération due-ment posée, le risque d'une des nombreuses complications relatives à cette coexistence et en particulier à la suppuration.

Le post-partum paraît être le moment le plus favorable à cette infection du Kyste Dermoidé de l'ovaire. Les germes pathogènes gagnent le kyste tantôt par voie muqueuse par continuité de la trompe dans le kyste; tantôt par contiguïté à la faveur d'adhérences reliant intimement intestin et épiploon au kyste; tantôt enfin par voie hématogène ou par voie lymphatique surtout en cas de propagation d'une infection utérine.

Dans l'ensemble il n'existe pas de symptomatologie bien définie. Dans certains cas, aucun symptôme local ne peut faire penser à une suppuration; dans d'autres, les altérations locales et générales dues à l'infection sont tellement importantes et exagérées qu'elles effacent ou relèguent au second plan le diagnostic de Kyste Dermoidé suppuré; dans d'autres enfin même l'existence de signes classiques d'une tumeur suppurée ne conduit pas à l'idée du kyste.

Le diagnostic est souvent un diagnostic de probabilité. Au point de vue du diagnostic différentiel, entrent en considération les affections pelviennes tuberculeuses en cas de coexistence des signes pulmonaires, le pyosalpinx et le fibrome pédiculé mou nécrosé et infecté.

Le traitement du Kyste Dermoïde de l'ovaire suppuré ou non, est le même. C'est la première indication donnée par un examen prolongé de la malade, qui conduit à l'intervention : laparotomie et éventuellement drainage, s'il y a suppuration. Cette suppuration par elle-même pouvant, le cas échéant être évacuée par colpotomie; mais la colpotomie ne restant que le premier temps de l'intervention, si différée soit-elle.

Vu :
Le Doyen,
ROUSSY.

Vu :
Le Président de thèse,
P^r A. COUVELAIRE,

Vu :
ET PERMIS D'IMPRIMER
Le Recteur
de l'Académie de Paris.

pour le Recteur,
L'Inspecteur d'Académie,
G. RÉMY.

BIBLIOGRAPHIE

- AZA V. — Torsion du kyste de l'ovaire durant la grossesse. (*La Clinique, Castellana*, 1926.)
- AUDEBERT. — Les tumeurs proevia. (*Revue française de Gynéc. et obst.*, 1931.)
- BERTOLINI G. — Cisti dermoide dell' ovaio sinistro suppurat a complicate il puerperio. (*Ginecologia Firenze*, 1913, p. 129-134.)
- BURGER. — Quelques cas de kystes ovariens infectés. (*La Gynécologie*, juin 1925).
- BARSONY. — Infection du kyste de l'ovaire par le bacille typhique. (*Revue chir.*, t. XXXVII, p. 449.)
- BOURDIN. — Kystes dermoïdes dans leurs rapports avec la grossesse. (Thèse, Paris 1927.)
- CORSCADEN. — Infection d'un kyste de l'ovaire par le paratyphique B. (*Revue chir.*, t. XXII, p. 216.)
- COLTZA et DANIEL. — Volumineux kyste dermoïde à contenu fécal en communication avec le cœcum (Clinique Gynécologique de l'Hôpital.)
- CONSTANTINI et FULCONIS. — Kyste de l'ovaire suppuré et fistulisé dans le rectum, — Hysterectomie. — Guérison.
- DELÈTRES. — Kystes dermoïdes des deux ovaires et grossesse. (*Revue de Gyn.*, Paris 1914).
- DAN. MAVRODIN. — De l'ouverture de kystes ovariens dans l'intestin. (*La Gynécologie*, 1935, p. 60.)
- DE ROUVILLE. — Kistes dermoïdes bilatéraux des ovaires à symptomatologie exclusivement hémorragique. (*Montpellier médical*, décembre 1913.)
- DOYLE F.-B. — Dermoid cyst of the ovary with twisted pedicle and acute appendicitis complicating pregnancy. (*Annales obst.*, 1916.)
- DAVOLIO-MORANIK. — Sopra un caso di cisti dermoide dall' ovaria retorta sul pedum colo in gravità al 2° mese (*Rev. chir.*, como 1923, p.48-51.)
- FABRE et TRILLAT. — Kystes de l'ovaire et puerperalité (5 cas personnels).

- LE GOFF François. — Contribution à l'étude des kystes dermoïdes bilatéraux des ovaires. Thèse, Bordeaux, 1934.)
- HEIMANN. — Troubles menstruels et maladies de l'ovaire. (*Rev. chir.*, t. XXXII, p. 623.)
- KRIWSKY L. A. — Un cas de suppuration d'un kyste dermoïde de l'ovaire à bacille typhique. (*Revue chir.*, t. VIII, p. 217.)
- KOLTONSKI. — Sur l'hérédité des kystes de l'ovaire ; surtout des kystes dermoïdes.
- KUBORN Maurice. — Quelques cas inédits des kystes de l'ovaire ayant compliqué la gestation. (Thèse de Paris, 1928.)
- LEVY-SOLAL, SUREAU, LAURET. — A propos d'un cas de kyste dermoïde ovarien opéré à terme de la gestation. (*Soc. obst. et Gynec.*, Paris. *La Gynec.*, Mai 1935.)
- LEVY Suzanne. — Contribution à l'étude des kystes bilatéraux des ovaires au cours de la gestation. (Thèse Paris, 1921.)
- NICHOLSON. — Rupture spontanée d'un kyste dermoïde de l'ovaire (*Rev. chir.*, t. XXXI, p. 906.)
- NICHOLSON. — Kyste dermoïde calcifié de l'ovaire inclus dans l'épiploon. (*Rev. chir.*, t. XXXIII, p. 123.)
- MESA. — Quiste dermoideo del ovario a pediculo torcido en el 2° periodo del embarazo. (*Bol. y. Trab. de la soc. de chir.*, 1924.)
- MATTEO-RUSCONI. — Congrès italien d'obstétrique et de Gynécologie, (Bari 1933.)
- MEYER. — Tumeurs ovariennes spéciales et leurs relations avec les caractères sexuels. (*Rev. chir.*, t. XI, p. 146.)
- MAILER. — Diagnostic radiologique du kyste dermoïde de l'ovaire. (*Rev. chir.*, t. XXXV, p. 290.)
- MEYER. — Perforation spontanée en péritoine libre d'un kyste dermoïde de l'ovaire tordu-mort. (*Rev. chir.*, t. XXV, p. 244.)
- MOUCHOTTE. — Kyste dermoïde de l'ovaire à pédicule tordu.
- MOISNARD P. — De l'ovariotomie bilatérale pour kystes ovariens, au début de la gestation. (Thèse de Paris, 1932.)
- MOISESCO. — Rapport des kystes de l'ovaire avec la grossesse, accouchement, suite de couches. (Thèse Paris, 1934.)
- POZZI. — Traité de Gynécologie, troisième édition.
- PRENANT. — Valeur morphologique du corps jaune.
- ROJAS Daniel A. — Contribution à l'étude des grands kystes dermoïdes de l'ovaire. (*Boletin de la Sociedad de obstetrica y Ginecologia*, Buenos-Ayres, 20 juillet 33.)
- RICEVUTO A. — Torsione sul peduncolo di cisti dermoide al 3° mese, circa de gravidanza. (*Rivista di obstet. e ginec., prat.*, Palermo, 1925.)
- V. RICHE. — Kyste ovaire suppuré. Etat scepticémique. Hystérectomie Guérison. (*Paris Médical*, 20 déc. 1930.)

- ROMANT. — Kyste dermoïde de l'ovaire ayant donné lieu par son évolution à deux erreurs de diagnostic : Grossesse extra ut. et rein mobile. (*Revue de Gynec. et obst.*)
- ROBIN C. R. — Suppuration of dermoid cyst of ovary following labour (*South M.J.* 28, p. 415-419, may 35.)
- SAUSSOL. — Kyste dermoïde de l'ovaire gauche simulant une hematocèle retro-utérine ou une pelvipéritonite ancienne. (*Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1887.)
- F. A. SOKOLOFF. — Kyste dermoïde et grossesse extr. ut. (*Practischesky-Vratch*, t. VIII, N° 47.)
- SANTY P. — Kyste dermoïde ovaire ouvert dans la vessie chez une enfant. (*Soc. chir.*, Lyon, 31 mai 1928.)
- SCHACKAERT. — Torsion d'une partie kystique de l'ovaire gauche chez une femme enceinte d'un mois. (*Gyn. et obst.*, 1922.)
- SPENCER. — Ovarian tumours complicating labour pregnancy and the puerperium. (*Brid. Med. J.*, 1925.)
- TOURNEUX J. B. et G. BAILLAT. — Kyste suppuré de l'ovaire droit avec nécrose de la paroi antérieure du rectum. (*Soc. obst. et Gyn.*, Toulouse.)
- THÉAULT. — Contribution à l'étude des kystes de l'ovaire compliquant la puerperalité. (Thèse de Bordeaux, 1921-1922.)
- VANVERTS et GUENEZ. — Faut-il pratiquer au cours de la deuxième moitié de la grossesse l'ablation d'un kyste pelvien non refoulable de l'ovaire. (*Bull. soc. obstétric. et Gynécol.*, Paris 1933.)
- VANVERTS. — Kystes dermoïdes bilatéraux. Ablation d'un ovaire. Résection de l'autre. (*Bull. soc. obst. et Gynec.*, janvier 37.)
- WALTER. — Kystes dermoïdes des deux ovaires chez une malade ayant eu six grossesses.

